



ໃບຟອມຈົດຊື່

Sign-up form

ສໍາລັບການເລືອກເອົາໂຄງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ
ຫລື ການເລືອກເອົາຄໍາທຳນຽມ-ສໍາລັບ-ການປິ່ນປົວ.

ເລກເອກສານ		
ຊື່ຂອງຜູ້ຮັບ		
ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ຮັບ		
ເມືອງ	ຮັດ	ຊືບໂລດ

1. ຈົ່ງເລືອກເອົາໂຄງການສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ໃຊ້ຟອມໃບນີ້ເພື່ອຈະເລືອກເອົາໂຄງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ
ຫລື ເລືອກເອົາຄໍາທຳນຽມ-ສໍາລັບ-ການປິ່ນປົວ.

- ຈົ່ງອ່ານເຈັ້ງຮາຍລະອຽດສື່ຟ້າຢູ່ໃນເຈັ້ງຊຸມນີ້ເພື່ອຈະຮູ້ຈັກເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຄວາມແຕກຕ່າງລະຫວ່າງການປິ່ນປົວທີ່
ຖືກກຳກັບນຳ ແລະ ຄຳທຳນຽມ-ສໍາລັບ-ການປິ່ນປົວ. ຮາຍລະອຽດອື່ນໆນີ້ແມ່ນຢູ່ໃນທາງໜ້າ ແລະ ທາງຫລັງ
ຂອງເຈັ້ງໃບສື່ຟ້າ.
- ຈົ່ງອ່ານເຈັ້ງຮາຍລະອຽດສື່ຮຽວຢູ່ໃນເຈັ້ງຊຸມນີ້ເພື່ອຈະຮູ້ຈັກເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບໂຄງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຢູ່ໃນເຂດຂອງທ່ານ.
ມັນອາດຈະມີຫລາຍກວ່ານຶ່ງໂຄງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ. ມັນອາດຈະມີເຈັ້ງຮາຍລະອຽດສື່ຮຽວຫລາຍກວ່າໃບນີ້.
- ເຈັ້ງແຕ່ລະໃບມີເລກໂທຣະສັບທີ່ຈະໂທໄປຫາຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄຳຖາມ.
- ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການເລືອກເອົາໂຄງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ ແລະ ມີທ່ານໝໍບາງຄົນທີ່ທ່ານຕ້ອງການຢາກໃຊ້, ໂທ
ຣະສັບໄປຫາເຂົາເຈົ້າເພື່ອຈະຖາມວ່າເຂົາເຈົ້າຢູ່ນຳໂຄງການປິ່ນປົວພະຍາບານ **HealthyOptions** ຫລືບໍ່. ເມື່ອເວລາ
ທ່ານຢູ່ໃນໂຄງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ໃຊ້ແຕ່ທ່ານໝໍທີ່ເປັນພາກສ່ວນຂອງໂຄງການ. ທ່ານສາມາດຖາມ
ຫາທ່ານໝໍທີ່ທ່ານຕ້ອງການຢູ່ດ້ານຫລັງຂອງຟອມໃບນີ້ໄດ້.
- ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເລືອກເອົາຄໍາທຳນຽມ-ສໍາລັບ-ການປິ່ນປົວ ແລະ ມີທ່ານໝໍບາງຄົນທີ່ທ່ານຕ້ອງການຢາກໃຊ້,
ໂທຣະສັບໄປຫາເຂົາເຈົ້າເພື່ອຈະຖາມວ່າເຂົາເຈົ້າຮັບເອົາບັດພະຍາບານ **medical ID card** ຂອງທ່ານຫລືບໍ່ ແລະ
ສິ່ງໃບບິນສໍາລັບການປິ່ນປົວພະຍາບານຂອງທ່ານໄປຫາພະນັກງານຊ່ວຍເຫລືອພະຍາບານ. ທ່ານໝໍຫລາຍໆຄົນບໍ່ຮັບ
ເອົາຄໍາທຳນຽມ-ສໍາລັບ-ການປິ່ນປົວ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເລືອກເອົາຄໍາທຳນຽມ-ສໍາລັບ-ການປິ່ນປົວ, ທ່ານບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຂຽນ
ປະກອບເລກ **3** ຢູ່ດ້ານຫລັງຂອງຟອມໃບນີ້.

ໝາຍໃສ່ບອກນຶ່ງເພື່ອຈະສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າໂຄງການອັນໃດທີ່ທ່ານຕ້ອງການສໍາລັບທ່ານເອງ ແລະ ຄົນອື່ນຜູ້
ທີ່ຖືກບັງຊື່ຢູ່ໃນບັດ **medical ID** ຂອງທ່ານ:

ໂຄງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ _____ ຄໍາທຳນຽມ-ສໍາລັບ-ການປິ່ນປົວ

ຂຽນຊື່ຂອງໂຄງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ _____

(ເບິ່ງຢູ່ໃນເຈັ້ງສື່ຮຽວຢູ່ໃນເຈັ້ງຊຸມນີ້ສໍາລັບຊື່ຂອງໂຄງການປິ່ນປົວພະຍາບານ)

2. ມີຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ຖືກບັງຊື່ຢູ່ໃນບັດ **medical ID** ຂອງທ່ານໄດ້ຖືພາຕັ້ງທ້ອງ?

ທ່ານ, ຫລື ຄົນໃດຄົນນຶ່ງອີກທີ່ຖືກບັງຊື່ຢູ່ໃນບັດ **medical ID** ຂອງທ່ານ, ຖືພາຕັ້ງທ້ອງບໍ່?

ບໍ່ແມ່ນ

ແມ່ນ → ແມ່ນໃຜຖືພາ? ຊື່: _____ ວັນທີຄອດລູກ: _____

ຄົນນີ້ໄປພົບທ່ານໝໍ ຫລື ຜູ້ປິ່ນປົວພະຍາບານຄົນໃດສໍາລັບການຖືພາຂອງລາວ?

ຊື່ຂອງທ່ານໝໍ _____ ເລກໂທຣະສັບທ້ອງການ _____



3. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເລືອກເອົາໂຄງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບສໍາລັບການປິ່ນປົວພະຍາບານຂອງທ່ານ, ທ່ານຈະໄປຫາ ຄົນນຶ່ງຢູ່ໃນໂຄງການອັນນີ້ສໍາລັບການປິ່ນປົວຂອງທ່ານສ່ວນຫລາຍ ຫລື ທັງໝົດ. ຄົນນັ້ນຖືກເອີ້ນວ່າ **PCP**, ຊຶ່ງໝາຍ ຄວາມວ່າຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຂັ້ນຕົ້ນຂອງທ່ານ. **PCP** ຂອງທ່ານສາມາດເປັນທ່ານໝໍ, ນາຍໝໍຝຶກຫັດ, ຫລື ຜູ້ຊ່ວຍທ່ານໝໍ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເລືອກເອົາໂຄງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບອື່ນນຶ່ງ, ທ່ານ ແລະ ແຕ່ລະຄົນທີ່ຖືກບັງຊີຢູ່ໃນບັດພະຍາບານ **medical ID card** ຂອງທ່ານຈະຂໍເອົາທ່ານໝໍທີ່ທ່ານຕ້ອງກຽນຢູ່ກາງໃຊ້ເປັນ **PCP**. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີທ່ານໝໍທີ່ ທ່ານຕ້ອງການຢູ່ກາງໃຊ້ເປັນ **PCPs**, ແລະ ທ່ານຮູ້ຈັກວ່າເຂົາເຈົ້າຢູ່ນໍາໂຄງການປິ່ນປົວພະຍາບານທີ່ທ່ານໄດ້ເລືອກເອົາ, ຂຽນຊື່ຂອງເຂົາເຈົ້າໃສ່ຂ້າງລຸ່ມ.

ໂຄງການສຸຂະພາບທີ່ທ່ານໄດ້ເລືອກເອົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບວ່າທ່ານຈະມີ **PCPs** ຜູ້ທີ່ທ່ານບັງຊີຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ໄດ້ຫລິບໍ່. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຂຽນຊື່ **PCPs** ຄົນໃດໃສ່ໃນຟອມໃບນີ້, ໂຄງການສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈະຊ່ວຍເຫລືອທ່ານເລືອກເອົາ **PCP** ຄົນນຶ່ງຫລັງຈາກທີ່ທ່ານໄດ້ຈັດຊື່ແລ້ວ.

ຊື່ຂອງບຸກຄົນຢູ່ໃນບັດ medical ID ຂອງທ່ານ	ທ່ານໝໍຄົນໃດທີ່ທ່ານຢາກຈະໃຫ້ເປັນ PCP ສໍາລັບຄົນນີ້? (ທ່ານໝໍທຸກໆຄົນທີ່ທ່ານຂຽນຊື່ວ່າເປັນ PCPs ຕ້ອງຢູ່ໃນໂຄງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບທີ່ທ່ານໄດ້ ເລືອກເອົາຢູ່ອີກຂ້າງນຶ່ງຂອງຟອມໃບນີ້ ໃຫ້ໂທລະສັບມາຫາເຂົາເຈົ້າຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈ),
	ຊື່ຂອງ PCP ໂທລະສັບຫ້ອງການ
ຖ້າຫາກວ່າມີຄົນອື່ນຖືກບັງຊີຢູ່ໃນບັດ medical ID ຂອງທ່ານ ແລະ ຊື່ເຂົາເຈົ້າບໍ່ໄດ້ຖືກຕິມິມໃສ່ບ່ອນນີ້, ຂຽນຊື່ເຂົາເຈົ້າ ແລະ PCPs ຜູ້ທີ່ເຂົາເຈົ້າຕ້ອງການຢາກພົບໃສ່ໃນເຈ້ງຕ່າງຫາກ.	

4. ເດັກນ້ອຍທີ່ມີຄວາມຕ້ອງການປິ່ນປົວພິເສດ.

ຢູ່ໃນເດັກນ້ອຍທີ່ຖືກບັງຊີຢູ່ໃນບັດ **medical ID** ຂອງທ່ານ, ມີບັນຫາສຸຂະພາບພິເສດ ຫລື ການຊັກຊ້າ ໃນການຈະເລີນເຕີບຕົວແນວໃດບໍ່?

ບໍ່ມີ
 ມີ → ກະຮຸນາບອກຊື່ຂອງເດັກນ້ອຍ ແລະ ບັນຫາສຸຂະພາບພິເສດ:

5. ຈົ່ງສົ່ງໃບຟອມຈົດຊື່ເຂົ້າມາ. ເມື່ອເວລາທ່ານເຮັດຟອມໃບນີ້ທັງສອງໜ້າແລ້ວ, ກະຮຸນາສົ່ງມາຫາພວກເຮົາໃສ່ໃນ ຊ່ອງເປົ່າສິ່ງຄືນມາທີ່ມານໍາເຈ້ງຈຸນີ້ (ບໍ່ຕ້ອງຕິດສະແຕັມ). ຖ້າຫາກວ່າຊ່ອງເປົ່າບໍ່ມີມານໍາ, ສົ່ງຟອມໃບນີ້ມາທີ່: **Healthy Options, DSHS PO Box 45505, Olympia WA 98504-5505.**